Questionnaire concernant le temps supplémentaire obligatoire

**Nom de l’employé (e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***SVP, ASSUREZ-VOUS DE REMPLIR CHAQUE QUESTION DANS LE BUT D’AVOIR TOUTES LES INFORMATIONS NECESSAIRES AU DÉPÔT DE GRIEF***

1. A quelle date avez-vous été obligé(e) de faire un temps supplémentaire obligatoire?  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Sur quel quart? Jour □ Soir □ Nuit □
3. Sur quel département? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quelle MRC?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Combien d’heure en TSO?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Combien de temps avant le début de ce quart l’employeur vous a-t-il avisé que vous deviez faire ce T.S.O.? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Que remplaciez-vous ? □Une inf/inf aux/inhalo absente  
   □ un poste vacant  
   □ un surcroît temporaire de travail
7. As-tu exprimé ton refus/réticence? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Qui a pris la décision et comment ça été décidé que c’était toi qui faisait ce quart? \_\_\_\_  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si vous remplaciez une infirmière/inf aux/inhalo absente :**

1. Qui remplaciez-vous? (nom de la personne) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Quel était le motif de l’absence? Congé férié □ Maladie □ Autre □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Depuis quand l’employeur savait-il que la salariée était absente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Aurait-il pu remplacer cette inf/inf aux/inhalo par une autre catégorie d’emploi en réorganisant le travail? OUI □ NON □   
   Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Aurait-il pu diriger les patients vers un autre établissement ou remettre leur rendez-vous? OUI □ NON □ Expliquez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Vous sentiez-vous physiquement et mentalement apte à effectuer ce quart de travail?   
   OUI □ NON □ Expliquez : (je n’avais pas bien dormi la veille car j’avais dû faire un quart de nuit. – c’est mon troisième taux supplémentaire cette semaine.)\_\_\_\_\_  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pendant que vous effectuiez le temps supplémentaire.**

1. À quel pourcentage de vos aptitudes habituelles étiez-vous? Encerclez la réponse.

*100% 80% 60% 40% 20%*

1. La qualité des soins a-t-elle été affectée ou mise en péril, compte tenu de la situation?  
   OUI □ NON □

Si oui, expliquez ou précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Impact de ce temps supplémentaire obligatoire sur votre vie privée**

1. **Niveau familial**
2. Est-ce que ce quart de travail en T.S.O. a eu des impacts sur votre vie familiale? (ex. enfants, frais de garderie) OUI □ NON □

Expliquez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Activités personnelles**
2. Avez-vous été brimé(e) dans vos activités personnelles autres que familiale? (ex. J’ai manqué un cours de danse.) OUI □ NON □ Expliquez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Quelle somme représenterait une compensation juste et équitable pour tous les inconvénients subis par ce temps supplémentaire obligatoire? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**P.S. Toutes ces informations seront traitées confidentiellement et soyez assuré(e) que si certaines pourraient vous être préjudiciaires, nous ne les dévoilerons pas.**